



# Verslag Redactiecommissie Formularium

Woensdag 19 juni 2018

## Presentie

**Aanwezig:** Beate Balkestein, Bart/Wouter, Gerlof/Irma, Patrick, Sophie, Marten/Han/Qvinny.

**Afwezig:** Monique, Joris/Swen (vakanties); (Reinier).

## Opening en mededelingen

- Beate Balkestein woont namens de SIE de vergadering voor 1x in 2019 bij.
- Handtekeningen accreditatie / afzeggingen:
- ledenwervingsadvertentie geplaatst in pluspunten 30 april en op website Health Base en linkedin. Maar geen aanmeldingen gekregen. Er wordt een opmerking gemaakt of het aftreedschema nog wel gehandhaafd moet worden als de cie zou gaan leeglopen in de toekomst.
- Masker volgorde in therapiegroep o.b.v. marktcijfers? Voorbeeld Rivaroxaban bij de DOAC's staat 2, maar is marktleider en hier is tegenwoordig ook een antidotum voor. De commissie vindt marktcijfers niet leidend i.v.m. regionale verschillen. NB: Rivaroxaban is wel nr.1 bij DVT, wegens het gemak dat dan geen heparine nodig is.
- NIVEL bespreking 16 mei over indicator FGV versie 2.0. De FGV indicator van 2020 gaat waarschijnlijk een ICPC-ATC koppeling worden.
- De commissie brengt een brief in (datum 10 april) met haar op/aanmerkingen over de maatwerkformularen. De vergadering van de SIE hierover is echter al geweest. Zie volgende punt agenda.

## Aktiepunten

### Actiepunten formulariumcommissie

Actiepunt	Naam	Status
Document "Wensenlijst Functionaliteit" formularium nieuwe versie.	Allen	1 juni besproken en 16 juni 16 verstuurd naar CAM en CAP namens alle leden van de FoCie.
<b>2019: Nieuwe leden zoeken: 1 huisarts, 1 apotheker.</b> Commissie grootte 8 leden is voldoende. Ook op andere manieren adverteren dan alleen via pluspunten.	Allen	Actief.
M.b.v. Aftreedschema commissieleden zittingstermijn focie leden en voorzitter bewaken.	<b>voorzitter</b>	13febr19: excel bestand is herzien.
<del>10 apr 19: De FoCie schrijft een brief aan Health Base met haar bedenkingen over de maatwerkformularen.</del>	<b>Allen</b>	<del>Deze brief is 19 juni ontvangen</del>

### Actiepunten FoCie voor afdeling huisartsen

<b>Nov18: Nieuwe leden zoeken: 1 huisarts, 1 apotheker.</b> Commissie grootte 10 leden is beter vooral ivm het huidige aftreedschema.	<b>Marten</b>	begin 2019 met ledenwerving starten en beginnen bij de actieve melders, Pluspunten en ex-leden RCZP.
--	---------------	--

Ook op andere manieren adverteren dan alleen via pluspunten.		
19juni19: Disclaimer maatwerkformularia	<b>Jan-Kees</b>	
13febr19: CI Dabigatran en Edoxaban bij morbide obesitas of na bariatrische chirurgie	<b>Marten</b>	14febr19: 1. MB: is nog bezig met achtergrondtekst, nog niet met bewaking CI 116 en 117. 2. niet-medicamenteuze advies "CI Dabigatran/Edoxaban by morbide obees/maagbypass" is gemaakt.
19juni19: DF Hyperkaliaemie maken. DF Hyponatriaemie maken. Mazelen maken	<b>Marten</b>	
Nov 2015: Infotekst maximum 400regels. Tooltje nodig in Pharmabase of aanpassen Medicom	<b>Marten / IT SHB / PP</b>	nov16: samen met ict Health Base uitgezocht dat het 800regels moeten worden en dit ook doorgeven aan PP. <b>Is onderhanden bij PP....</b>
<b>Controle:</b> • Formularium Rabies: 1x per jaar telefoon nummers controleren in de LCI richtlijn. • F.Palliatieve zorg; 1x per jaar co op website adressen.	<b>Marten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laatste Rabies tel.nr. controle: 14febr18 en besteltekst herzien.</li> <li>• F.Palliatieve zorg, controle website adres: 14febr18 aangepast.</li> </ul>
• IKNL notificatie richtlijn ('het wekkertje'), in de gaten houden of dit wekkertje wel werkt en er wel mededelingen binnen komen. Co 1x per jaar.	<b>Marten</b>	Laatste controle jan 2016

## Besluit SIE over o.a. Disclaimer maatwerkformularia.

1. Veel zorggroepen maken prescriptie-afspraken met zorgverzekeraars. Goede implementatie daarvan is lastig.
2. Als een zorggroep voor bepaalde indicatie(s) een eigen formularium wil, is het beter dat Health Base daar plek voor biedt, dan dat een derde partij hen ondersteunt.
3. Om een bewuste keuze te bevorderen moet het maatwerkformularium op het eerste formulariumscherm altijd onder het overeenkomende SHB-formularium staan.
4. Ieder maatwerkformularium moet worden voorzien van een tekst, die de bron en de aansprakelijkheid eenduidig beschrijft. Het verdient aanbeveling om deze tekst juridisch te laten toetsen.

Jan-Kees Huyts zal de implementatie van deze juridische tekst ter hand nemen. **Actie Jan-Kees**

De commissie blijft het maken van maatwerkformularia voor zorggroepen een bedenkelijke ontwikkeling vinden.

In de omschrijving van een maatwerkformularia moet duidelijk staan van welke zorggroep dit formularium afkomstig is.

Ook moet het maatwerkformularium altijd onder de centrale Health Base versie komen te staan. Aan deze voorwaarden wordt nu al voldaan.

De commissie wil dat in de omschrijving van het Health Base formularium staat dat dit een landelijke versie is. PM: Dat is deels al zo, omdat alleen het Health Base formularium een groen vinkje heeft in de kolom C/L.

## Meldingen

### **Ook als apotheker kan u de medicatie van het formularium zien:**

**Vraag:** Is het voor de apotheek mogelijk om het formularium in te zien? Zo ja, hoe? Van de huisartsenpraktijk ontving ik vorige week bericht dat via het formularium alendroninezuur 10mg 1dd1 is voorgeschreven. Dit lijkt me vreemd, maar er staat wel TF op het recept.

**Antwoord:** Via het formularium fractuurpreventie kan zowel Alendroninezuur 10mg 1dd1 als 70mg 1x/wk voorgeschreven worden (in ons formularium is 1e keus Alendroninezuur 70mg en de 10mg staat bij de doseervarianten). Maar in de NHG-standaard laat de NHG standaard de 70mg/10mg keuze over aan de voorschrijver. Deze tablet is kleiner en bij sommige patiënten is de therapietrouw beter met de dagelijkse inname.

U kan het formularium als apotheker ook zien via Pharmacom classic formulariumbeheer. Om een recept te maken gebruikt u de F10 knop (testrecept). Zie verder de bijlage.

### **In Pharmacom classic het formularium inzien gaat als volgt:**

#### **Pharmacom**

Hoofdmenu; F9; Beheer

**2** Onderhoud bestanden Algemeen

**B** Onderhoud Lokaal/SHB formularium

#### **2 Onderhoud formularium**

Als u Pharmacom classic niet heeft kan u Pharmapartners vragen om hulp om dit te installeren.

Het kan ook nodig zijn, dat u nog toegevoegd moet worden aan de FTO-groep. Ook hier kan Pharmapartners u mee helpen.

(<https://mijn.pharmapartners.nl> ) of T: 088-6888800.

### **Waarschuwing over gebruik Chinolonen:**

**Vraag:** Nav risico-info brief over gebruik van fluorchinolonen het volgende.

Wordt het healthbase formularium aangepast voor deze groep van antibiotica.

Kan ik dit terugvinden wat en waar er wordt/is aangepast?

We vinden dat er nogal wat restricties zijn bij gekomen voor juist gebruik van deze groep.

Graag jullie reactie specifiek hierover alsook hoe er binnen healthbase wordt omgegaan met dit soort advieswijzigingen.

**Antwoord:** Vorige week is die fluorchinolonen melding besproken in de vergadering van de formulariumcommissie. Ik had alvast een inventarisatie gemaakt van de positie van de chinolonen in de diverse formularia. Hierbij bleek dat dit vooral consequenties heeft voor het formularium urineweginfecties waar ciprofloxacin eerste keus is bij een UWI met weefselinvasie.

- UWI met weefselinvasie: Ciprofloxacin 1<sup>e</sup> keus.
- PID: Ofloxacin 1<sup>e</sup> keus.
- Gonorrhoe: Ciprofloxacin eenmalig is 1<sup>e</sup> keus bij IT voor Ceftriaxon
- Venerische en niet-venerische epididymitis: Levofloxacin 1<sup>e</sup> keus.
- Yersinia enteritis: Ciprofloxacin 1<sup>e</sup> keus.
- Shigella enteritis: Ciprofloxacin eenmalig 1<sup>e</sup> keus.
- Salmonella enteritis: Ciprofloxacin 1<sup>e</sup> keus.
- Reizigers diarree preventie: Ciprofloxacin 1<sup>e</sup> keus.

Overigens worden in het formularia de chinolonen **nu al** nergens geadviseerd bij niet-ernstige of zelflimiterende infecties. Maar omdat Health Base de richtlijnen volgt en niet zelf maakt, is besloten te wachten we op een publicatie van de NHG en sinds 15 april blijkt er een nieuwbericht op de NHG website te staan.

<https://www.nhg.org/actueel/nieuws/voorzichtig-met-fluorochinolonen>

De NHG meldt: Deze bijwerking is al jaren bekend en de afweging effectiviteit versus veiligheid wordt al jaren door de werkgroepen van de NHG-richtlijnen mee genomen m.a.w. waar deze middelen

aanbevolen worden is daar goed over nagedacht. Er komen dus geen wijziging in de standaarden en behandelrichtlijnen.

PM: De afdeling medicatiebewaking van Health Base gaat wel alvast een bewaking signaal maken over de ongewenste combinatie van corticosteroiden met fluorochinolonen en beraadt zich nog op welk signaal zinvol is bij chinolonen in het algemeen.

### **Wanneer zijn de tax updates:**

**Vraag:** Is de tax april al uitgevoerd, of moet deze nog plaatsvinden? Worden wij hierover geïnformeerd?

**Antwoord:** De tax updates vinden altijd plaats in de eerste dagen van een nieuwe maand. U krijgt hier informatie over met de taxebrief, die u ontvangt in de correspondentie map van Medicom/Pharmacom.

Zoals u hier kan lezen was dat 28 maart.

Briefnaam	AS	Omschrijving	Bewaartermijn	Basistermijn	Datum	Mutatedatum
#80913_00321	ZU	BRIEF TAXEMUTATIES MEDICOM 1904A	999		28-03-2019	
#80913_00331	ZU	WIJZIGINGEN MEDICATIEBEWAKING APR-1...	999		28-03-2019	
#80913_01582	ZU	BRIEF TAXEMUTATIES MEDICOM 1904A	999		28-03-2019	
#80913_01592	ZU	WIJZIGINGEN MEDICATIEBEWAKING APR-1...	999		28-03-2019	
#80913_05310	ZU	BRIEF TAXEMUTATIES MEDICOM 1904A	999		28-03-2019	
#80913_05320	ZU	WIJZIGINGEN MEDICATIEBEWAKING APR-1...	999		28-03-2019	
#80943_04521	ZU	BRIEF TAXEMUTATIES MEDICOM 1903A	999		26-02-2019	
#80943_04531	ZU	WIJZIGINGEN MEDICATIEBEWAKING MRT-...	999		26-02-2019	
#80943_06313	ZU	BRIEF TAXEMUTATIES MEDICOM 1903A	999		26-02-2019	
#80943_06323	ZU	WIJZIGINGEN MEDICATIEBEWAKING MRT-...	999		26-02-2019	
#80970_00152	ZU	BRIEF TAXEMUTATIES MEDICOM 1902A	999		30-01-2019	
#80970_00162	ZU	WIJZIGINGEN MEDICATIEBEWAKING FEB-1...	999		30-01-2019	

Dus op dit moment (17 april) staat ook bij jullie tax april er al op.

### **Alendroninezuurdrank i.p.v. tabletten:**

**Vraag:** Goedendag, fractuurpreventie. Tijdens mijn nascholingen attendeer ik huisartsen op de optie om bisfosfonaatdrank voor te schrijven in plaats van bisfosfonaattabletten. Dat is een goed alternatief als er bijwerkingen zijn. Dit alternatief is goedkoper dan de andere opties (zolendroninezuur infuus of denosumab injecties). Nu heb ik de afgelopen weken een paar keer teruggemeld gekregen dat dit in het Medicom HIS niet mogelijk is omdat dit preparaat niet in het formularium staat. Dat is erg ongelukkig, want het is een hele goede optie. Kunt u dit aanpassen? Of kunt u mij in contact brengen met degene die hier over gaat? Met vriendelijke groeten,

**Antwoord:** Bedankt voor uw vraag. Meldingen kunnen immers helpen om het formularium nog vollediger te houden. Alendroninezuur drank is via het EVS van Medicom **wel** voor te schrijven. Het is immers een doseervariant van de tablet. Zie onderstaand plaatje.

Therapievariant
<input type="checkbox"/> d ALENDRONAAT (NATRIUM) TABL 70MG 1 keer per week 1 tablet per dag of week; 5jr, max 10jr (infobxt)
<input type="checkbox"/> d ALENDRONAAT (NATRIUM) TABL 10MG 1 keer per dag 1 tablet per dag of week; 5jr, max 10jr (infobxt)
<input checked="" type="checkbox"/> d ALENDRONAAT (NATRIUM) DRANK UNIT DOSE 70MG 1 keer per week 1 flacon per dag of week; 5jr, max 10jr (infobxt)

Helaas blijkt herhaaldelijk dat Medicom gebruikers moeite hebben met de interface van het formularium om een geneesmiddel voorschrift naar keuze te vinden.

Dit komt waarschijnlijk omdat deze software al 18 jaar oud is en nog voor PC's gemaakt is zonder muis. Pharmapartners is verantwoordelijk voor de functionaliteit van deze software en Health Base zorgt voor de medische inhoud hiervan. Van de Health Base website is een gebruikershandleiding te downloaden voor het formularium van Medicom. Ik stuur hem mee met de bijlage.

***Clobetason is klasse 2 en geen dermovate, klasse4:***

**Vraag:** We ontdekten vandaag dat het formularium "constitutioneel eczeem" een fout lijkt te bevatten. Tweede stap na hydrocortison is clobetasol (klasse 2). Echter, clobetasol is klasse 4 naar mijn weten... klopt dit advies dan wel?

**Antwoord:** U kan gerust zijn. Het scheelt ook maar 1 letter.

Deze vergissing komt meer voor. Helaas ook in de apotheek met afleveren.

Clobetason = Emovate® = klasse 2

Clobetasol = Dermovate® = klasse 4

Klasse 4 staat nergens in de eczeem formularia.

Clobetason is farmacotherapeutisch beter dan triamcinolon en ook nog beter verkrijgbaar voor de apotheek. De triamcinolon staat wel nog bij de alternatieven.

**Reactie1:** Ach, ja... overigens is clobetason NU niet verkrijgbaar... de signalering daarvan door de apotheek was dan ook wat ons verwarring opleverde 😊.

**Antwoord FoCie:** Als het probleem met de leverbaarheid van clobetason langere tijd gaat aanhouden dan zal de volgorde tzt opnieuw aangepast worden. Maar voorlopig ziet de commissie geen reden om de volgorde te wijzigen, vooral ook omdat emovate® goedkoper is en omdat de levering problemen naar verwachting tijdelijk zijn..

***Diclofenac is sinds februari 2019 derde keus NSAID en bij HVZ gecontra-indiceerd:***

**Vraag:** Kunt u mij laten weten of diclofenac nog genoemd wordt als NSAID optie bij pijnbestrijding? Of is dit helemaal geschrapt?

**Antwoord:** Diclofenac is niet geschrapt als optie bij pijnbestrijding. Hierbij citeer ik uit het verslag van die vergadering:

*"In de vergadering van februari 2019 besloot de formulariumcommissie o.b.v. recente artikelen, waarin gesteld wordt dat Diclofenac ook bij niet-HVZ patiënten het hoogste CV-risico heeft en toch niet het laagste GI-risico heeft, om de volgorde in de NSAID therapiegroepen te wijzigen.*

- *Bij niet-HVZ co-morbiditeit werd bij de NSAID's Ibuprofen 1e keus, Naproxen 2e keus en Diclofenac 3e keus.*

- *Bij HVZ co-morbiditeit vanaf 70 jaar werd Naproxen 1e keus (wegens kans op gebruik ASA is het beter om interactie met Ibuprofen te vermijden), Ibuprofen 2e keus en Diclofenac is geen optie.*

- *Bij HVZ en jonger dan 70jr werd Naproxen 1e keus en Ibuprofen 2e keus (kan alleen bij gebruik clopidogrel) en 3e keus Diclofenac (met opmerking "NIET bij HVZ").*

De Medicom voorschrijver dient wel bekend te zijn met het kiezen van alternatieven en doseervarianten in het formularium, omdat men altijd zelf ook nog een afgewogen keuze moet maken uit wat het EVS adviseert.

***Ciprofloxacin keuze verwijderd bij UWI zonder weefselinvasie::***

**Vraag:** In het formularium voor de huisartsen staat ciprofloxacin genoemd als keus bij een urineweginfectie. Op 29-3 is er een brief gekomen van de Inspectie met belangrijke risico-informatie over het gebruik van fluorochinolonen. Er staat daar onder andere in dat deze middelen niet gegeven moeten worden bij een hele lijst van aandoeningen waaronder ook ongecompliceerde cystitis of terugkerende urineweginfecties. En dat bij bepaalde risicogroepen voorzichtigheid moet worden

betracht (ouderen, verminderde nierfunctie, gebruik van corticosteroiden). De huisartsen krijgen echter in hun formularium wel ciprofloxacin naar boven. Ook bij de groep waarbij voorzichtigheid moet worden betracht. Mijn vraag is of het formularium hierop kan worden aangepast? Zodat het voor huisartsen ook duidelijk is dat het een risicomiddel is.

**Antwoord:** Op de NHG website staat er sinds 15 april een nieuw bericht over de chinolonen.

Zie: <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/voorzichtig-met-fluorochinolonen>

Bij de door u genoemde indicaties staan in het formularium geen chinolonen, maar ik zie nu dat ik inderdaad voor één heel speciale situatie een Ciprofloxacin keuze over het hoofd gezien heb.

Bij een urineweginfectie zonder weefselinvasie plus ernstige nierfunctie stoornis eGFR 10-30 is Ciprofloxacin 2<sup>e</sup> keus ("een 'niet-NHG' keuze).

Dit is gedaan omdat de NHG standaard alleen Trimethoprim als behandeloptie aangeeft en geen alternatief vermeldt voor als er sprake is van IT of resistentie. Ik ga hier de Ciprofloxacin dan nog wel weghalen.

Maar verder gaat/hoeft het formularium van de NHG en ook van Health Base dus niet aangepast te worden t.a.v. advisering van chinolonen gebruik. Als u het hier niet mee eens bent dan zie ik uiteraard graag een voorbeeld hiervan toegezonden.

Chinolonen zijn en blijven dus alleen een keuze optie bij een urineweginfectie met weefselinvasie en niet bij een urineweginfectie zonder weefselinvasie of recidiverende urineweginfecties.

De afdeling medicatiebewaking is nog wel in beraad om wel/niet een medicatiebewakingssignaal te gaan maken voor de combinatie van corticosteroiden en chinolonen.

Overigens is dit een combinatie die een huisarts niet met een formularium kan voorschrijven voor hetzelfde ziektebeeld. Maar het is niet ondenkbaar dat dit kan voorkomen bij een patiënt met bijvoorbeeld PMR, die een urineweginfectie met weefselinvasie krijgt....

***Inhalatiemedicamenten uit het Ellipta-portfolio staan niet in NHG standaard en dus niet in het formularium:***

**Vraag:** Ik heb uw naam en mailadres doorgekregen via Lotte Ramerman van Nivel. Dit naar aanleiding van contact dat ik met Lotte had naar aanleiding van het 'formularium gericht voorschrijven door huisartsen' zoals dat door Nivel wordt begeleid en door zorgverzekeraars ondersteund. De concrete vraag die ik aan haar had, was of het voorschrijven van inhalatiemedicamenten uit het Ellipta-portfolio (bijvoorbeeld Relvar® - z-indexnummers 15948110 of 15948137) door Nivel als overeenkomstig het voorschrijven uit een formularium beoordeeld. Zij verwees mij daarvoor door naar het Healthbase-formularium dat als één van de twee 'default' formularia in de compliance-metingen wordt betrokken.

Mijn vragen aan u zijn nu de volgende: komende inhalatiemedicamenten uit het Ellipta-portfolio (bijvoorbeeld Relvar® - z-indexnummers 15948110 of 15948137) voor in het Healthbase-formularium? En daarnaast voor wat betreft cholesterolverlaging: zijn de statines atorvastatine en rosuvastatine – naast pravastatine en simvastatine – ook opgenomen in het Healthbase-formularium?

**Antwoord:** het EVS van Health Base is gebaseerd op de NHG-standaarden. De inhalatiemedicamenten uit het Ellipta-portfolio worden niet vermeld in de NHG standaarden Astma en COPD en staan daarom niet in ons EVS. De diverse statines wel.

***Oplaaddosering Cholecalciferol bij zwangeren max. 4000IE/dag:***

**Vraag:** In het formularium lijkt de oplaaddosering tijdens het geven van borstvoeding ook 100.000 IE te zijn, terwijl maximaal 4000 IE/dag bewezen veilig zou zijn. Wat is hiervan de achtergrond?

**Antwoord:** Op de één of andere manier zit u dan in het verkeerde therapieënscherm van de 'niet-zwangere' patiënt en niet in het scherm van de patiëntengroep met co-morbiditeit zwangerschap ICPC W78.00 etc.

Om dit goed te laten verlopen moet bij de patiënt een actieve episode ingesteld staan waaruit blijkt dat patiënte zwanger is of de CI 005 (zwangerschap) staat aan.

Hieronder laat ik u een aantal schermen zien om het verder toe te lichten (zie agenda)

## Formularium o.b.v. NHG standaard

### Angst, herzien

Infobron: 3<sup>e</sup> partiele herziening NHG standaard Angst, april 2019

- De adviezen over SSRI-gebruik bij jongvolwassenen (18 tot 25 jaar) zijn geactualiseerd.
- SSRI doseerschema's hebben een extra leeftijdcohort gekregen 18-25jr (tot en niet tot en met.), zodat met de halve dosering gestart kan worden net als bij >65jr.
- Er is een extra patiëntgroep aangemaakt 18-25jr, met alleen hier de extra adviezen die betrekking hebben op deze leeftijdsgroep.

Advies arts bij angst+SSRI+18-25jr

- ⊕ \* Cave verhoogd risico suicidaal gedrag bij SSRI
- ⊕ \* 1e mnd 1x/wk controle bij SSRI wgs leeftd =<25jr

- De infoteksten zijn alle herzien en ook de niet-medicamenteuze adviezen.
- De adviezen over het afbouwen van antidepressiva zijn overgenomen en na te lezen in de infotekst. Het afbouwen van Paroxetine verloopt het moeilijkst.
- **Discussie: Contra-indicatie voor TCA 'vertaling' naar ICPC voor patiëntengroepen zonder TCA keuze.**

#### NHG:

TCA's zijn gecontra-indiceerd na een recent hartinfarct. Terughoudendheid is geboden bij urineretentie, lever en nierfunctiestoornis, glaucoom, epilepsie en cardiovasculaire aandoeningen zoals hartfalen.

TCA's worden afgeraden bij patiënten met cognitieve stoornissen, omdat deze middelen een negatief effect op het cognitief functioneren kunnen hebben.

#### NHG Rx:

0-18jr, ischaemische hartziekten, incl. angina pectoris, hartfalen, lang QT-interval, WPW, Extrapiramidale stoornis maar excl.parkinson, Brugada syndroom, boezemfibrilleren, ectopische slagen (alle typen).

#### FK:

recent myocardinfarct, hartblokkade, hartritmestoornis, coronaire insufficiëntie; ernstige leverfunctiestoornis.

TCA's versterken het effect van anticholinergica op het oog, het centraal zenuwstelsel, de darmen en de blaas. Ook is er meer kans op hyperpyrexie, vooral bij warm weer.

Huidige instelling	Toevoegen?
F93.xx Glaucoom	D97.00 Cirrose/andere leverziekte
K74.xx Angina pectoris	D97.01 Cirrose
K76.xx Ischaemische hartziekte	K75 Acut myocard infarct
K77.xx Decompensatio cordis	K76.02 Vroeger myocardinfarct (>4wk geleden)
K78 Boezemfibrilleren	K79.xx Paroxysmale en (supra)Ventriculaire Tachycardie
K80.xx Ectopische slagen/extrasystolen	K84.02 Atrioventriculair blok
K82 Cor pulmonale	P20 Geheugen-/concentratiestoornis
K84.01 WPW syndroom	P87.01 Ziekte van Parkinson
K84.03 Cardiomyopathie	U98.01 Nierfunctiestoornis/nierinsufficiëntie
K84.07 Lang QT interval syndroom (LQTS)	
N87.00 Parkinsonisme, ziekte van Parkinson	
N88 Epilepsie	
P70.xx Dementie	
U05.02 Urineretentie	
Y85 BPH	

Probleem is dat K75 = recent hartinfarct na verloop van tijd op de probleemlijst vervangen moet worden door K76.02 Vroeger myocardinfarct (>4wk geleden), maar 'niemand' doet dat consequent!

**Besluit:** Glaucoom F93.xx, Urineretentie U05.02 en BPH Y85 worden geschrapd als CI voor TCA gebruik. Cirrose D97 en Geheugenstoornis P20 worden niet toegevoegd. Evenzo worden Acut myocard infarct D97, Vroeger AMI K76.02, SVT K79, AV-blok K84.02, Parkinson P87.01 en Nierfunctiestoornis U99.01 niet toegevoegd, omdat het relatieve CI's zijn.

## Depressie, herzien

**Infobron:** 3<sup>e</sup> partiele herziening NHG standaard Depressie, april 2019

ICPC: geen wijzigingen

- De adviezen over SSRI-gebruik bij jongvolwassenen (18 tot 25 jaar) zijn geactualiseerd.
- SSRI doseerschema's hebben een extra leeftijdcohort gekregen 18-25jr (tot en niet tot en met..), zodat met de halve dosering gestart kan worden net als bij >65jr.
- Er is een extra patientgroep aangemaakt 18-25jr, met alleen hier de extra adviezen die betrekking hebben op deze leeftijdgroep.

Advies arts bij angst+SSRI+18-25jr

⊕ \* Cave verhoogd risico suicidaal gedrag bij SSRI

⊕ \* 1e mnd 1x/wk controle bij SSRI wgs leeftd =<25jr

- De infoteksten zijn alle herzien en ook de niet-medicamenteuze adviezen.
- De adviezen over het afbouwen van antidepressiva zijn overgenomen en na te lezen in de infotekst.
- Doseerschema Amitriptyline wordt gewijzigd. Vanaf 70 jaar worden de doseeregels verwijderd.

Het wordt in de STOPP criteria genoemd als potentieel ongeschikt middel voor ouderen:

*tricyclische antidepressiva*

*Anticholinerge effecten zijn het sterkst bij amitriptyline en het minst sterk bij nortriptyline – bij dementie, onbehandelde nauwekamerhoekglaucoom, cardiale geleidingsstoornissen, prostatisme, ziekte van Sjögren, of een voorgeschiedenis van urineretentie.*

## CVRM, Hypercholesterolemie [2019]

Infobron: NHG standaard CVRM, mei 2019, herziening

N.a.v. deze herziene NHG-standaard zijn er **2 hoofdformularia** gemaakt:

1. CVRM, Hypercholesterolemie [2019] t.b.v. Cholesterol verlaging.
2. CVRM, Hypertensie [2019] t.b.v. Bloeddruk verlaging.

- De omschrijving van het formularium in de eerst verstuurd agenda was Cholesterolverlaging, CVRM [2019] en die werd gewijzigd in CVRM, Hypercholesterolaemie [2019]. Dit is consequenter omdat de formularia omschrijving hebben van het ziektebeeld en Deelformularia pas wel evt. in de omschrijving heeft wat het doel van de behandeling is.
- Het was mogelijk geweest om i.p.v. 9deelformularia maar 4 deelformularia te maken (Zeer hoog CVR met HVZ, zeer hoog CVR., Hoog CVR en Laag CVR). Toch gekozen voor de indeling met de **9** risicocategorieën zoals in tabel1 van de standaard met kleuren rood, oranje en groen. De verschillen zitten vooral in de niet-medicamenteuze advies therapiegroep, zoals de LDL-streefwaarde, en dat extra eerste advies op de eerste therapiegroepregel ++Meestal++, ++Overweeg++ of ++Zelden++ medicamenteuze therapie.

**Voordeel:** Nu kan vaak al zonder raadplegen van de risicocategorie-tabel1 direct het juiste deelformularium gekozen worden.

**Nadeel:** Meerdere deelformularia die dezelfde invulling hebben, zoals 3 identieke deelformularia Zeer hoog CVR en 4 identieke deelformularia Hoog CVR.



**Besluit formulariumcommissie:** deze versie met 9 DF te handhaven, zo is vooral voor de POH duidelijker.

- Vanaf 70 jaar is de LDL-streefwaarde bij HVZ 2,6 i.p.v. 1,8. Daarom zijn er thg groepen “Advies voor arts” vanaf en tot 71jaar gemaakt. In de thg “Advies voor arts >71jr” wordt het verschil in beleid bij “kwetsbaar” en “niet-kwetsbaar” tot uitdrukking gebracht met een aantal niet-medicamenteuze adviezen.

☒ \* Stel individueel zorgbehandelplan op

☒ \* STOP statine bij onoverkomelijke bijw + HVZ

☒ \* Streefwaarde+voldoende levensverwachting:LDL<2,6

☒ \* STOP statine bij kwetsbaar + geringe levensverw.

- Extra doseerschema's gemaakt t.b.v. statine stap 1 en 2

37314 Atorvastatine, stap1, >40%

37316 Rosuvastatine, stap1, >40%, eGFR >50

37317 Atorvastatine, stap2

37318 Rosuvastatine, stap2, >40%, eGFR >50

In beide Atorvastatine en Rosuvastatine doseerschema's staan nog steeds alle doseerregels, maar de maskering is anders en masker 1 van elk DS is aangepast aan de start dosering van stap 1 en 2.

- Non-HDL-chol is minimaal net zo goed als LDL-chol om risico in te schatten en effect van lipidenverlagende therapie te beoordelen. Gebruik van non-HDL-chol heeft aantal praktische voordelen, bijv. ook bruikbaar bij hoog TG.
- NMA \* FH altijd behandelen (=wrsch bij TC>8 of LDL>5) staat niet in de plaatjes hierboven, maar werd later nog toegevoegd aan alle arts NMA-therapiegroepen.
- De volgorde van hoofdformularia blijkt toch te beïnvloeden. Als in de omschrijving van de formularia Angina pectoris, Beleid na myocard infarct, Beroerte, Diabetes mellitus, Perifeer arterieel vaatlijden vooraan een spatie geplaatst wordt dan wordt de alfabetische volgorde niet aangehouden en komen deze hoofdformularia altijd boven de hoofdformularia “CVRM, Hypertensie en CVRM, Hypercholesterolemie” te staan. Dat is fraaier omdat CVRM is secundair bijkomend beleid na dergelijke diagnosen.
- De ICPC K90.01 en K90.02 (bloedig CVA) werd niet gekoppeld aan het formularium CVRM, Hypercholesterolemie [2019], omdat er hier geen indicatie is voor statine behandeling.
- Blz.15 Richtlijn\_Erfelijke\_dyslipidemie\_2-3e\_lijn\_2012-2018 versie apr18: Familiaire hypercholesterolemie: Diagnostiek: Bij een verhoogd totaalcholesterol (TC >8 mmol/l) op basis van verhoogde LDLcholesterolconcentratie (LDL-C >5 mmol/l) en/of apoB-concentratie >1,2 g/l moet men een primaire dyslipoproteïnemie, namelijk familiale hypercholesterolemie (FH), uitsluiten.  
DE NHG standaard CVRM 2019 vermeldt niets meer over LDL>5, maar gezien bovenstaande kan de NMA van 2012: “\* FH altijd behandelen (=wrsch bij TC>8 of LDL>5)” gehandhaafd blijven.
- De formulariumcie geeft een aantal wijzigingen aan:
  - 1) Kleur Rood, ORANJE en Groen achter omschrijving deelformularium zetten.
  - 2) Ernstige en matige CN wijzigen in ernstige en matige nierschade.

## CVRM, Hypertensie [2019]

Infobron: Herziene NHG-standaard CVRM, mei 2019

- De omschrijving van het formularium in de eerst verstuurd agenda was Bloeddrukverlaging, CVRM [2019] en die werd gewijzigd in CVRM, Hypertensie [2019]. Dit is consequenter omdat de formularia omschrijving hebben van het ziektebeeld en Deelformularia wel evt. in de omschrijving heeft wat het doel van de behandeling is.
- Het is ook mogelijk om i.p.v. 9 deelformularia “Stap1-3” maar 3 deelformularia te maken (Zeer hoog CVR, Hoog CVR en Laag CVR). Toch gekozen voor de indeling met de 9 risicocategorieën

in overeenstemming met tabel 1 van de standaard met kleuren rood, oranje en groen. De verschillen zitten vooral in de niet-medicamenteuze advies therapiegroep, zoals de LDL-streefwaarde, en de extra eerste 2 adviezen op de eerste therapiegroepregels ++Meestal++, ++Overweeg++ of ++Zelden++ medicamenteuze therapie.

**Voordeel:** de indeling van tabel 1 wordt aangehouden.

**Nadeel:** Alle deelformularia hebben dezelfde invulling (identiek). De streefwaarden voor de RR is immers in alle categorieën hetzelfde.

**Besluit formulariumcommissie:** deze versie met 9 DF te handhaven, zo is het vooral voor de POH duidelijker.

- Vanaf 70 jaar zijn er andere streefwaarden met de bloeddruk. Daarom zijn er thg groepen vanaf 71 jaar gemaakt. In de thg “Advies voor arts” wordt het verschil in streefwaarden voor “kwetsbaar” en “niet-kwetsbaar” aangegeven.
- Door aparte patientgroepen met co-morbiditeiten te maken kon de voorkeursmedicatie bij die verschillende co-morbiditeiten in de 2<sup>e</sup> therapiegroepregel bovenaan vermeld worden. Daarnaast werd de volgorde van Stap 1A t/m 1E hierop aangepast, zodat dit niet altijd meer van boven naar beneden in een oplopende volgorde van Stap 1A naar 1E staat.
- Omdat bijvoorbeeld een patientgroep met comorbiditeit DM of HVZ niet behoort te bestaan in sommige deelformularia zijn daar enkele patientgroepen verwijderd en daarvoor in de plaats kwam een patientgroep met één thg met de waarschuwing “Verkeerd DF, kies ander Deelformularium CVRM”.
  - ↳ Bij DF “Zeer hoog risico-> HVZ;ROOD” kreeg de patientgroep zonder co-morbiditeit één thg met waarschuwing “Verkeerd DF, kies ander Deelformularium CVRM”.
  - ↳ Bij DF :Zeer hoog risico-> SCORE>9%;ROOD” kreeg de patientgroep met co-morbiditeit T90.xx en de patientgroep met een HVZ één thg met waarschuwing “Verkeerd DF, kies ander Deelformularium CVRM”.
  - ↳ Bij DF “Hoog risico-> DM zonder orgaanschade;ORAN” kreeg de patientgroep met co-morbiditeit HVZ of albuminurie/diab.nefropathie/diab.retinopathie een thg een waarschuwing “Verkeerd DF, kies ander Deelformularium CVRM”.
  - ↳ Bij DF “Hoog risico-> matige Nierschade”, “Hoog risico-> SBD>180;ORANJE” en “Hoog risico-> HVZ SCORE 5-9%;ORANJE” heeft de patientgroep met co-morbiditeit T90.xx en Kxx.xx een thg met waarschuwing “Verkeerd DF, kies ander Deelformularium CVRM wgs comorbiditeit DM (T90) en/of HVZ (Kxx.xx) en/of CN”.
- De NHG standaard CVRM 2019 vermeldt niet de adviezen voor bloeddrukbehandeling van de NHG standaard Beroerte....Daarom zijn er aparte patientgroepen gemaakt Cerebraal infarct (iCVA) en voor bloedig CVA (hCVA): K90.01 = SAB en K90.02 = Intracerebrale bloeding. Hierin zijn dezelfde antihypertensiva thg opgenomen, maar in de niet-medicamenteuze adviezen staan aanvullende adviezen voor hCVA, zoals “Ook bij SBD=<140 indicatie bloeddrukverlaging indien dit wordt verdragen” en “Na alleen bloedig CVA geen indicatie statine” en bij iCVA: “Ook bij SBD=<140 indicatie bloeddrukverlaging etc” en “Bij unilaterale carotisstenose streef SBD >=130” en “Bij bilaterale carotisstenose streef SBD >=150”.
- Bij een aantal bloeddrukverlagende middelen werd een extra leeftijdscohort tot 70 jaar toegevoegd om een ouderen cohort vanaf 70 jr te verkrijgen met een lagere masker 1 start-dosering en niet 65 jaar, omdat ik denk dat deze standaard 70 jaar bedoeld met oudere.....zie tabel 1 van deze standaard.

Lisinopril, nr.112

Enalapril, nr.28

Perindopril, nr.150

Losartan, nr.154

Valsartan, nr.35255

Candesartan, nr.35160

Telmisartan, nr.35862

- Er is nog geen patientengroep met nierinsufficiëntie gemaakt zoals bij CVRM 2012.  
**Besluit FoCie:** patientgroepen met eGFR 30-50 en 10-30 alsnog toevoegen.
- Bij patientgroep hartfalen geen Ca-antagonisten (hartfalen is een CI) en ook een combinatie thg voor ACE/ARB met diuretica in plaats van aparte thg voor ACE, ARB en diuretica.  
NB: NHG Rx vermijdt deze comorbiditeit, maar vermeldt deze wel in de hoofdtekst.
- Bij patientgroep AF staat een andere thg Ca-antagonisten met ander maskervolgorde, zodat de non-dihydropyridine Ca-antagonisten Diltiazem en verapamil de voorkeur hebben i.p.v. de dihydropyridine Ca-antagonisten zoals Amlodipine.
- Voor zwangerschap wordt voorkeursmiddel Methyldopa, Labetalol en Ca-antagonist vermeldt.  
Deze toevoegen of zo laten als versie 2012 met alleen niet-medicamenteuze adviezen..

41177	Methyldopa, zwangerschapshypertensie
41178	Ca-antagonist, zwangerschapshypertensie
41179	Alfa+B-blokker, zwangerschapshypertensie

Op dit moment geen apart DF "Hypertensie + zwanger / pre-eclampsie" zoals in versie 2012, maar alleen patientgroepen met deze comorbiditeit.

**Besluit foCie:** Geen apart DF maken en ook bij deze patientengroep geen medicatie opnemen.

- Voor Stap4 = Therapieresistente hypertensie het Deelformularium hiervoor van versie 2012 overgenomen..Stap4 = toevoegen Aldosteronantagonist. De alfa receptorblokker Doxazocine is "Geen NHG".
- Voor zwarte personen zijn er nog geen aparte formularia gemaakt zoals met versie 2012. Wil men dat? Dit betekent een 2<sup>e</sup> hoofdformularium CVRM, Hypertensie bij zwart persoon [2019]".

**Besluit FoCie:** geen F. maken voor zwarte / negroïde personen. Bij negroïde personen is er een voorkeur voor Ca-antagonisten en diuretica, omdat deze effectiever zijn, maar de andere middelen zijn niet gecontra-indiceerd.

- Besluit Focie:

DF Beleid bij nierfunctiedaling: niet maken.

DF Hyperkaliaemie : nog wel maken.

DF Hyponatriaemie: nog wel maken.

- De formulariumcie geeft een aantal wijzigingen aan:
  - 1) DF in de volgorde Zeer hoog, hoog en laag/matig zetten
  - 2) stap 1-3 en stap4 in de DF omschrijvingen weghalen
  - 3) in de DF omschrijving Kleur ROOD, ORANJE en GROEN erachter zetten
  - 4) in de omschrijving CN vervangen door nierschade.
  - 5) niet-medicamenteuze advies "Meestal"- "Overweeg medicatie" verwijderen.
  - 6) i.v.m. de vele noodzakelijke NMA's valt de medicatie weg naar het 2<sup>e</sup> scherm, daarom een NMA maken met het advies "++++KLIK VOOR MEDICATIE OP PIJL RECHTSONDER++++"

### Hieronder toelichting op wijzigingen in beide F.CVRM aangebracht na 19juni19

dit komt nog terug in de vergadering van september

#### CVRM, Hypercholesterolaemie:

- Zo gauw er sprake is van een HVZ en =<70jr moet ook bij DM of CN gekozen worden voor het deelformularium 'Zeer hoog risico-> HVZ; ROOD'.

HVZ overruled DM en CN en de SCORE. Hopelijk zijn de voorschrijvende artsen zich dat bewust...

- De dosering van de statines hoeft bij een nierinsufficiëntie alleen aangepast te worden bij Rosuvastatine. Dit werd 'opgelost' door hier met een NMA \* Bij nierinsuff. dosis Rosuvastatine aanpassen! op te wijzen. Er werd geen aparte therapiegroep nierinsufficiëntie voor gemaakt.
- Er kwamen nog 4 NMA bij en de eerste over de CAC score werd toegevoegd aan de NMA voor arts bij 'Zeer hoog risico' en alle 4 toegevoegd aan NMA voor arts bij 'Hoog risico' en 'Laag/matig risico'.

- \* Reclassificeer zn SCORE als CAC-score bekend is
- \* Hogere SCORE bij familiale premature HVZ
- \* Hogere SCORE bij psychosociale risicofactoren
- \* Vermenigvuldig met RA de risico-SCORE met 1,5



Dus geen patientengroep met co-morbiditeit RA gemaakt (vermenigvuldig risico met 1,5).

### CVRM, Hypertensie:

Na de vergadering van 19 juni is er nog veel gewijzigd aan het formularium CVRM, Hypertensie [2019].

- **De omschrijving van de deelformularia werden aangepast.**

Het stond niet in de standaard tekst maar vlgv NHG Rx betekent SCORE = Systemic Coronary Risk Evaluation...! Dus niet gewoon score...

Het lastige is dat risico zoveel tekens kost, daarom was in eerste instantie toch maar CVR gekozen, maar eigenlijk gaat het om de sterfte risico.

Een pijltje kost maar 2 tekens en spaart ook een spatie uit, daarmee lukt het wel om risico te gebruiken ipv CVR. Hieronder de nieuwe omschrijvingen.

- ⊕ Zeer hoog risico -> HVZ; ROOD
- ⊕ Zeer hoog risico->DM+orgaanschade; ROOD
- ⊕ ZeerHoog risico>ernstige Nierschade;ROOD
- ⊕ Zeer hoog risico-> SCORE>9%; ROOD
- ⊕ Hoog risico-> matige Nierschade; ORANJE
- ⊕ Hoog risico->DM zonder orgaanschade;ORAN
- ⊕ Hoog risico-> Cholesterol >8; ORANJE
- ⊕ Hoog risico-> SCORE 5-9%; ORANJE
- ⊕ Laag/Matig Risico-> SCORE <5%; GROEN

- Beide deelformularia voor CVRM, Hypertensie met nierschade kregen ook therapiegroepen voor eGFR 30-50 en eGFR 10-30.
- Er kwamen nog 4 NMA bij en de eerste over de CAC score werd toegevoegd aan de NMA voor arts bij 'Zeer hoog risico' en alle 4 toegevoegd aan NMA voor arts bij 'Hoog risico' en 'Laag/matig risico'.

- \* Reclassificeer zn SCORE als CAC-score bekend is
- \* Hogere SCORE bij familiale premature HVZ
- \* Hogere SCORE bij psychosociale risicofactoren
- \* Vermenigvuldig met RA de risico-SCORE met 1,5



Dus geen patientengroep met co-morbiditeit RA gemaakt (vermenigvuldig risico met 1,5).

- Verder werden de patientengroepen met comorbiditeit DM, albuminurie en claudicatio intermittens samengevoegd, omdat het medicamenteuze beleid met voorkeur ACE/ARB hetzelfde is.
- Thiaziden zijn ook werkzaam gebleken bij een eGFR ,30 volgens Pharmaceutisch Weekblad 01/02 - 11-01-2019: Thiaziden effectief bij ernstig verminderde nierfunctie. Advies thiaziden bij verminderde nierfunctie gewijzigd. De KNMP-werkgroep is van mening dat deze twee literatuurstudies voldoende aanwijzingen geven dat thiaziden ook bij ernstig verminderde nierfunctie effectief kunnen zijn. Het advies om het gebruik van thiaziden bij creatinineklaring 10-30 ml/min te vermijden komt hiermee te vervallen. De dosering hoeft ook niet te worden

aangepast. Dit besluit is per 1 januari 2019 doorgevoerd in de G-Standaard.

Dit heeft tot gevolg dat er geen lisdiuretica meer in het F.CVRM, Hypertensie staan, zoals in de vorige versie 2012.

- 🙌😊 De doseerschema's voor antihypertensiva staan uitsluitend in de deelformularia met Nierschade. Dit heeft tot gevolg dat bij een patient met DM2 plus Nierschade eigenlijk beter gekozen kan worden voor DF *ZeerHoog risico>ernstige Nierschade*;ROOD of DF *Hoog risico->matige Nierschade*; *ORANJE*, want dan kom je in de patientengroep diabetes terecht (2 comorbiditeiten). Het is mogelijk om een patientgroep nierinsufficiëntie toe te voegen aan DF *Zeer hoog risico->DM+orgaanschade*; ROOD en DF *Hoog risico->DM zonder orgaanschade*;ORAN, maar dat maakt het allemaal nog ingewikkelder.
- 🙌😊 Ik vind het vreemd dat het beleid met antihypertensiva bij iCVA en hCVA hetzelfde is t.a.v. het advies om altijd een antihypertensivum te starten (mits verdragen), terwijl dat vlg's mij alleen nodig is bij een hCVA.

## Formularium o.b.v. NHG standaard

### Hypokaliemie, herzien

Infobron: NHG standaard CVRM, mei 2019 en Het acute boekje Elektrolytstoornis, Hetacuteboekje.nl, mei 2019 en De behandeling van hypomagnesiemie, NTvG 2002, 2002 18 mei;146(20), blz.934 ev.

- Spironolacton heeft de voorkeur boven een Kaliumzout.
- Bij hypokaliemie ook magnesiumsuppletie geven.
- niet-medicamenteuze adviezen en infoteksten aangepast.
- In de infotekst staan alleen de oorzaken voor een zgn. 'shift hypokaliaemie' maar niet de oorzaak waar de huisarts meestal mee te maken heeft zoals bijwerking lis- en thiazide diuretica en braken. Deze tekst wordt nog aangepast.

## Formularia o.b.v. NHG behandelrichtlijn

### Deelformularium Tetanus post-expositieprofylaxe (T-PEP), herzien

Infobron: NHG Behandelrichtlijn sept2018 en LCI/RIVM jan/febr 2019

#### Wijziging september 2018:

Omdat het Zorginstituut geadviseerd heeft om het DTP vaccin alleen te vergoeden aan zwangere vrouwen is los tetanusvaccin ook als voorschrift opgenomen voor alle niet-zwangeren.

- Dit DF werd herzien n.a.v. een telefoontje over "waarom DTP", toen bleek dat de NHG Behandelrichtlijn van 2016, toch iets gewijzigd had sept 2018 n.a.v. vergoeding DTP bij zwanger die T-PEP nodig heeft.  
NHG richtlijn afdeling bericht gestuurd met verzoek om de datum in de tabel aan te passen naar 2018, zodat een herziening eerder opvalt.....
- DTP heeft nu niet meer de voorkeur, maar is een alternatief, maar bij zwangeren juist weer de enige optie. Ook is nu bekend dat DTP als T-PEP alleen bij zwangere **wel** vergoed wordt.
- DTP thg is bij de niet zwangere patientgroepen nu naar onderaan gemaskerd.
- Bij de zwangere nu vermelding dat DTP vergoed wordt.

## Diversen / Literatuur

['Stel voorkeur paroxetine op een FTO aan de kaak' PW-apr19.pdf](#)

Pleidooi om geen Paroxetine voor te schrijven....PM: Volgens de NHG standaard depressie is het wel een keuze optie, staat in Health Base formularium ingesteld op masker 3.

[COPD progressie afname met 50% in 10jr bij gebruik van aspirine Univadis-2018.pdf](#)

De wonderde werend van het Aspirientje

[Elektrolytstoornissen AcuteBoekje-mei2019.pdf](#)

[Hypomagnesiaemie behandeling NTvG.pdf](#)

Gebruikt voor herziening formularium Hypokaliemie.

[Ijzergebrek met lactoferrine heeft zwangere minder last PW-apr19.pdf](#)

Lactoferrine wordt vooral via internet aangeboden. Voor de juiste samenstelling is het vaak moeilijk de juiste informatie te achterhalen. In de meta-analyse van Hashim (literatuurreferentie 20, zie pw.nl) wordt een preparaat benoemd dat bewezen effectief is.

[Vaker hoge dosis statine of 2middelen in 1e lijn PW-mei19.pdf](#)

Commentaar PW op herziene CVRM 2019.

## Verslag vorige vergadering en Actiepunten: aparte bijlage

Commentaar: Graag <2wkn na ontvangst e-mail bericht.

## Vergaderdata

<b>2019</b>	<b>2019 schoolvakanties</b>
<del>Woe 13febr</del>	<b>Voorjaar</b> Noord: 16 t/m 24febr 2019
<del>Woe 10apr</del>	Midden: 23febr t/m 3maart 2019
<del>Woe 19juni</del>	Zuid: 23febr t/m 3maart 2019
<del>Woe 4sept</del>	<b>Mei</b> 27april t/m 5mei 2019
<del>Woe 20nov</del>	<b>Zomer</b> Noord: 13juli t/m 25aug 2019
	Midden: 20juli t/m 1sept 2019
	Zuid: 6juli t/m 18aug 2019
	<b>Herfst</b> Noord en Midden: 19 t/m 27 okt 2019
	Zuid: 12 t/m 20 okt 2019
	<b>Kerst</b> 21dec t/m 5jan 2020